



IPASVI

**INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA**

Via Viaccia I 140 S. Anna - Lucca
Telefono 0583/587385
TeleFax 0583/419114
Cod. Fisc. 80012820462

Collegio Provinciale di Lucca

Data e Prot.

Oggetto: Invio modulo dichiarazione
Cessazione libera professione

Le inviamo il **modulo per la comunicazione della cessazione della libera professione infermieristica**, come da Lei dichiarato, necessaria alla archiviazione del fascicolo relativo a Lei intestato: La preghiamo di **compilarlo, firmarlo e rinviarlo a questo Collegio – per posta o per fax al numero 0583/419114 – a stretto giro di posta.**

Cordiali saluti.

Il Presidente
(Dott.ssa Maria Cristina Orsi)

All. 1

Luogo e data _____

Al COLLEGIO IPASVI di Lucca

Via S.Donato, 357 – 55100 – LUCCA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ e residente in _____

recapito telefonico _____,

DICHIARA

di NON SVOLGERE attualmente la libera professione infermieristica, svolta in passato

nella seguente forma _____

(indicare P.IVA singola, studio associato, cooperativa, CoCoCo) con cessazione nell'anno _____.

Dichiara inoltre di essere ISCRITTO/A

NON ISCRITTO/A

all'ENPAPI (barrare il quadratino accanto all'opzione scelta).

In fede

firma _____